

397

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 11 Juillet 1895, à 1 heure

Par EUGÉNIE ZELIGSON

Née à Varsovie le 14 mars 1873.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

KYSTES DU VAGIN

Président : M. DUPLAY, professeur.

Professeur : M. TARNIER.

Agrégés : MM. { BOUILLY.
QUÉNU.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 11 Juillet 1895, à 1 heure

Par EUGÉNIE ZELIGSON

Née à Varsovie le 14 mars 1873.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES

KYSTES DU VAGIN

Président : M. DUPLAY, professeur.

Professeur : M. TARNIER.

Agrégés : MM. { BOUILLY.
QUÉNU.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVÉ

15, Rue Racine. 15

1895

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	TILLAX.
	BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	RETTERRER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS.

*Faible témoignage de ma profonde
reconnaissance.*

A TOUS LES MIENS.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

MONSIEUR LE DOCTEUR QUÉNU,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien de l'hôpital Cochin

MONSIEUR LE DOCTEUR FAISANS,

Médecin de l'hôpital de la Pitié.

MONSIEUR LE PROFESSEUR POTAIN,

Membre de l'Institut,
Médecin de la Charité.

MONSIEUR LE DOCTEUR BUDIN,

Professeur agrégé de la Faculté de médecine,
Médecin accoucheur de la Maternité,
Membre de l'Académie de médecine.

A MON DERNIER MAÎTRE DANS LES HÔPITAUX

ET MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR SIMON DUPLAY

Membre de l'Académie de médecine,
Professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu.

INTRODUCTION

Les kystes du vagin constituent dans la pathologie externe un chapitre peu important, en raison de leur rareté relative ; mais il n'y a pas moins dans leur histoire quelque intérêt au point de vue de l'anatomie pathologique et de la pathogénie qui ont donné lieu à bien des controverses.

Dans le cours de nos études médicales, nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de M. le professeur Duplay, un cas de kyste du vagin qui nous a paru assez intéressant pour en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous nous sommes servie de tous les travaux déjà parus, de toutes les théories, émises sur ce sujet, nous avons réuni les observations parues et inédites, surtout celles accompagnées d'examen microscopique, et grâce à cette étude histologique nous avons pu tirer quelques conclusions sur la pathogénie de cette affection. C'est à la complaisance de M. le professeur

agréé Schwartz que nous devons quelques observations.

Nous regrettons vivement de ne pouvoir reproduire les détails de l'examen microscopique de ces tumeurs fait par M. Schwartz, mais le diagnostic de l'auteur, basé sur cet examen, est assez précis pour qu'il nous soit permis de les classer d'après leur origine et leur variété.

Nous remercions vivement M. le docteur Cazin, chef du laboratoire de la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu qui a bien voulu nous aider dans nos examens anatomo-pathologiques.

Que M. le docteur Clado, sous la direction duquel nous nous sommes exercée à l'examen gynécologique, veuille bien recevoir nos meilleurs remerciements.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à M. le professeur Pouchet pour la bienveillance qu'il nous a témoignée dans le cours de nos études; à M. le docteur Stapfer, chez qui nous avons étudié la kinésithérapie gynécologique, et M. le docteur Grosstern, médecin en chef de l'hôpital de Varsovie, sous la direction duquel nous avons commencé nos études médicales pratiques.

Enfin j'adresse mes plus vifs remerciements à M. le professeur Duplay qui nous a fait l'honneur de présider notre thèse.

HISTORIQUE

Les kystes du vagin sont connus depuis longtemps. D'après Hausmann (*Arch. f. Gyn*, VIII, p. 533), qui a particulièrement étudié l'histoire de la question, la première description des kystes du vagin aurait été donnée par Haller. Mais le premier mémoire important est dû à Oakley Henning (*Winckels Arch. de Gynécologie de Crédé*, vol. II, p. 385), en 1831. Depuis, jusqu'à Winckel, il y a 35 observations des kystes du vagin, parmi lesquelles beaucoup appartiennent à des auteurs français.

Lisfranc a eu le mérite, peu après Oakley Henning, d'étudier les symptômes de cette affection et d'en établir le traitement opératoire.

En 1842, Otto Meissner (*Frauen-Krankheiten*, Leipsig, t. I, p. 406) s'est aperçu, en disséquant un kyste, qu'il n'avait pas de capsule.

En 1842, Huguier (sur le travail de Ladreit de la Charrière) ponctionna un kyste qui se reproduisit en 1845.

Kiwisch (*Klinische Vorträge*, 1852, p. 502) a retrouvé sur les cadavres des femmes publiques de nombreux kystes du vagin (jusqu'à 5 chez la même femme).

En 1847, parut dans les *Mémoires de la Société de Chirurgie*, l'importante étude de Huguier, qui pendant longtemps fit autorité sur la question.

Depuis lors, les kystes du vagin ont donné lieu à de nombreux travaux, tant en France qu'à l'étranger et à leur étude resteront attachés les noms de Virchow, Schröder, Klob, Rokitsky, Förster, Pauls, Winckel, Hoerder, von Preuschen, Hugo Coblenz, Werner-Kümmel, Baumgarten, Fischer, Takahasi, Kleinwachter, Geyl, en Allemagne; Dresch, Froment, Eustache, Collendot, Thalinger, Poupinel, Richelot, Santoni, Chalot, Lannelongue, Achard et Reboul, en France; Munde, Johnston, Baldy, Green, en Amérique; Rutherford, en Angleterre.

Huguier, Cruveilhier, Virchow, von Preuschen admettent l'origine glandulaire des kystes. Poupinel, dans un travail très récent, se rattache à la même opinion.

Pour Eustache, Tillaux, Thalinger, Dresch, Verneuil, les kystes sont d'origine conjonctive et appartiennent à la catégorie des hygromas, des bourses séreuses accidentelles ou professionnelles, comme l'a dit Courty qui voudrait faire de ces kystes l'apanage des filles publiques. Ces auteurs n'admettent pas la possibilité des glandes dans le vagin.

Dorn, en 1889 (*Centralblatt f. Gynecologie*), admet que ces kystes se produisent par un épanchement de

sang ou de sérosité dans les mailles du tissu conjonctif sous-muqueux, spontanément et surtout au moment de l'accouchement, ce serait donc une sorte d'hématome, formation analogue à celle invoquée par Morel-Lavallée dans d'autres endroits.

Les kystes se formeraient aux dépens des cryptes muqueuses existant dans le vagin (Huguier).

D'après Winckel et Klebs, les kystes proviendraient des lacunes conjonctives ou des vaisseaux lymphatiques dilatés. Froment voudrait rattacher la production de certains kystes à l'accollement des replis normaux de la muqueuse vaginale.

Kaltenbach (*Arch. f. Gyn.*, B. V, p. 138), admet qu'il se forme des accumulations cellulaires dans le tissu conjonctif et que celles-ci donnent lieu à des cavités kystiques, tapissées d'épithélium pavimenteux. Ces kystes par néoplasie ne se produisent probablement qu'à la suite de fortes contusions, compliquées d'épanchements sanguins.

Winckel en 1871 (*Arch. f. Gyn.*, B. II, p. 383), a montré dans son travail sur les kystes du vagin que leur pathogénie est multiple et a commencé à esquisser la division en kystes d'origine embryonnaire et en kystes accidentels, classification qui avait le défaut de n'être basée que sur un nombre insuffisant d'examen microscopiques et une connaissance imparfaite du développement du vagin.

Actuellement les avis des auteurs sont partagés : les uns comme MM. Poupinel, Kleinwächter et Duplay se rallient volontiers à l'origine multiple des kystes,

les autres comme M. Pozzi (*Traité de Gyn.*) disent que tous les kystes dépassant le volume d'une noisette sont d'origine Wolffienne. Michaux (*Traité de chir.*, Duplay et Reclus) pense qu'il faudra un jour y rattacher presque tous les kystes du vagin.

PATHOGÉNIE ET ÉTIOLOGIE

Pour bien comprendre la pathogénie des kystes du vagin il faut nous rendre compte de l'anatomie de la région et surtout des restes des organes aux dépens desquels se développent la plupart des kystes, ainsi que Veit l'a exprimé le premier en 1887.

Chez la femme le canal de Wolff disparaît complètement sans laisser le plus souvent aucune trace, sans en laisser d'autres, chez quelques femelles des mammifères, que des cordons ou des canaux sans usage, appelés canaux de Gaertner (Viault, *Thèse d'agrég.*, *loc. cit.*, p. 58).

Beigel (*Centralb. f. d. med. Wis.* 1878, n° 27) les a trouvés chez le fœtus de 8 à 9 mois et les a constatés quelquefois à la naissance.

D'après Rieder (*Virchow Arch.* Band, 96, p. 100, 1884, Heft I), les restes des canaux de Gaertner se rencontrent environ chez une femme sur *trois* et persistent jusqu'à l'âge le plus avancé sous la forme

soit d'un tube épithélial entouré d'une gaine musculaire (1/3 des cas), soit d'un faisceau musculaire sans épithélium (1/6 des cas).

Ces vestiges des canaux de Gaertner sont situés :

1° dans l'épaisseur de la tunique musculaire du vagin et de l'utérus sur les côtés de la paroi antérieure et plus souvent à droite qu'à gauche.

2° Le tube épithélial est tapissé de cellules cylindriques de hauteur moyenne, quelquefois disposées en une seule couche, le plus souvent sur deux couches entremêlées.

3° L'épithélium est entouré d'une couche conjonctive, puis, en dehors, d'une couche musculaire. Cette dernière se compose de faisceaux des fibres musculaires lisses, disposés eux-mêmes sur trois couches, une intermédiaire circulaire, les deux autres longitudinales. L'ouverture de sortie de ces canaux n'est pas encore trouvée.

D'après Poupinel, un kyste, pour être considéré comme développé aux dépens des canaux de Gaertner, siège sous la muqueuse, le plus souvent au niveau de la moitié droite de la paroi antérieure du vagin ; ce kyste a une paroi dense, renfermant constamment des fibres musculaires lisses dans son épaisseur et tapissée d'épithélium cylindrique et vibratile, il pourra, comme dans le cas de Watts, se prolonger jusque dans le ligament large à une hauteur plus ou moins considérable.

Pour Winckel, les kystes des canaux de Gaertner sont antérieurs et postérieurs et non latéraux.

Pour Kleinwächter, le siège du kyste sur le côté gauche, non loin de l'entrée du vagin, et le revêtement épithélial cylindrique qui ne montre nulle part d'invagination en forme de glandes, est suffisant pour attribuer aux kystes l'origine aux dépens des canaux de Gaertner, quoique on ne trouve pas dans leur paroi propre des fibres musculaires lisses.

Winckel voit, dans le revêtement épithélial pavimenteux, l'appui de son hypothèse, où il considère les kystes comme des espèces d'hygromas, ou bourses séreuses accidentelles, développées dans le tissu conjonctif de la couche fibro-musculaire du vagin.

D'après les faits que nous avons eu l'occasion d'examiner, il nous semble cependant que ni le siège sur une paroi plutôt que sur une autre, ni la forme de la tumeur, ni la structure de ses parois, ni le revêtement épithélial n'ont une valeur absolue ; l'ensemble de ces signes a une valeur réelle pour leur attribuer une origine plutôt qu'une autre. Ainsi :

1° Un kyste, qui, occupant la paroi antéro-latérale du vagin, se prolonge vers ou jusque dans le ligament large correspondant et présente un épithélium cylindrique, cilié ou non, est sûrement un kyste wolffien. (Obs. I, VII.)

2° Un kyste qui a le même siège et le même prolongement, mais dont l'épithélium est pavimenteux au lieu

d'être cylindrique, est également d'origine wolffienne. (Obs. II, Watts, *Amer. J. of Obst.*, 1881, p. 848.)

3° Un kyste occupant n'importe quelle paroi du vagin, ayant un prolongement supérieur, qui va dans le ligament large et au delà, dont les parois contiennent des fibres musculaires lisses et un revêtement épithélial cylindrique, est d'origine wolffienne. (Obs. IV.)

4° Un kyste occupant n'importe quelle paroi du vagin, ne présentant point de prolongement, mais dont les parois contiennent des fibres musculaires lisses, et qui est tapissé d'un épithélium cylindrique pur, est probablement aussi d'origine wolffienne. (Observations III, V, VI.)

5° Les kystes situés sur la paroi antéro-latérale du vagin, disposés en série longitudinale, leur donnant l'aspect d'un chapelet, formé par la dilatation d'un seul et même canal ; l'existence des fibres musculaires lisses dans leur paroi, malgré l'absence d'aucun prolongement supérieur, doit faire considérer ces kystes comme provenant des canaux de Gaertner. (Johnston. *Amer. Journal of Obst.*, nov. 1887.)

Un kyste, siégeant sur la paroi postérieure du vagin, dont la structure rappelle celle du vagin, présentant un épithélium pavimenteux stratifié, et n'ayant pas de prolongement au delà du fornix, coïncidant avec un utérus bicorne et l'ovaire correspondant atrophié, doit être considéré comme de provenance mullérienne. (Werner-Kümmel. *Arch. Virch.*, CX, cas IV. Kleinwächter, *Ztschr. f. Geburtshilfe und Gyn.*, cas III.)

Un kyste n'ayant pas d'épithélium ni de prolongement, ne peut pas être classé.

Outre cette origine embryonnaire des kystes, il n'est pas douteux que certains kystes ont une origine glandulaire. Les observations très concluantes de Poupinel (*Revue de chirurgie*, 1889), de Kleinwächter (*Zeitschrift f. Geburts. und Gyn.*, Stuttgart, 1889), de Geyl (*Centralbl. f. Gyn.*, Leipzig, 1894), sont là pour le prouver ; dans ce cas, l'examen microscopique seul peut prouver cette origine et habituellement il démontre que la paroi kystique est le siège de nombreuses cavités de forme et dimensions variables, tapissées d'épithélium cylindrique ou cubique ; le contenu de toutes ces cavités est muqueux, incolore, ou plus ou moins mélangé de sang (Poupinel, Schwartz).

C'est avec une certaine réserve que nous admettons l'origine assignée à ces tumeurs par Verneuil, Tillaux et son élève Thalinger (Thèse de Paris, 1885). Cette opinion nous paraît peu fondée, l'examen microscopique n'ayant démontré l'absence d'épithélium de revêtement que dans quatre cas : ceux de Huguier, Ladreit de la Charrière, Verneuil, Lebedeff, et encore dans ce dernier cas, l'absence de l'épithélium est d'autant plus surprenante que dans le même vagin il existait un autre kyste muni de son revêtement épithélial intact.

Les kystes du vagin ont été observés à tout âge, même chez des nouveau-nés (de Sinety, Winckel, Breisky, Lannelongue et Achard, Takahasi, Ruge).

La multiparité ne paraît pas jouer un rôle important

dans la formation de ces tumeurs, cependant on voit quelquefois la coïncidence dans l'apparition de la tumeur avec la grossesse (Obs. VII), après une grossesse gémellaire (Kleinwächter). Nous n'admettons pas l'opinion de Courty, qui voudrait en faire l'apanage des filles publiques.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les kystes du vagin sont le plus souvent solitaires, dans 149 cas on n'a rencontré que 32 fois plus d'un seul kyste dans le vagin. Lorsqu'ils sont multiples on en observe trois ou quatre, soit agglomérés en une seule tumeur, soit disposés en chapelet dans le sens longitudinal (Johnston), soit occupant les différentes parois du vagin (Obs. V, VI).

Configuration extérieure. — Généralement sphériques et sessiles au début, ils deviennent, en se développant, ovalaires, se pédiculisent et sortent de la vulve. Ces tumeurs présentent souvent des prolongements vers les parties supérieures, atteignant dans certains cas l'ombilic (Watts, Obs. II, IV, VII).

Volume. — Leur volume varie de la grosseur d'une lentille à celle d'un œuf de dinde ou d'une tête de fœtus.

On distingue d'après leur volume les kystes en gros, moyens et petits :

Les petits se retrouveraient principalement à la partie inférieure du vagin et seraient probablement d'origine folliculaire ; les kystes moyens et gros seraient :

1° D'origine conjonctive (bourses séreuses accidentelles, Verneuil, Tillaux), quand ils sont situés dans le tiers inférieur du vagin, qu'ils sont uniques, solitaires et développés dans le tissu cellulaire sous-muqueux,

2° D'origine embryonnaire, quand ils sont multiples, occupant le tiers supérieur, et qu'ils ont ou non des prolongements (*Leçon clinique* du professeur Duplay, semestre d'hiver 1895).

Cette division des gros kystes ne nous paraît pas pouvoir être conservée, car il est bien prouvé par des observations nombreuses que les kystes embryonnaires peuvent occuper toutes les parties du vagin.

Siège. — Les kystes peuvent occuper toutes les parties du vagin, ils sont plus fréquents sur les parois antérieure et postérieure, cependant leur implantation latérale n'est pas très rare. Dans 146 cas de Poupinel il y avait 14 0/0 d'implantation latérale. Sur 20 cas postérieurs au travail de Poupinel nous avons trouvé six fois l'implantation latérale du kyste, dont quatre fois à gauche deux fois à droite, une fois il y avait implantation antéro-latérale droite ; Kaltenbach pense que beaucoup de kystes latéraux en se développant peuvent devenir soit antérieurs, soit postérieurs, par

conséquent la rareté des kystes latéraux pourrait bien n'être qu'apparente.

Les kystes sont dans la plupart des cas sous-muqueux, les kystes volumineux le sont toujours.

Structure. — L'épaisseur de la paroi peut varier depuis moins d'un millimètre jusqu'à 5 millimètres et davantage.

La structure en est différente suivant la variété du kyste en présence de laquelle on se trouve. Cette paroi est formée dans la plupart des cas de tissu conjonctif, de fibres musculaires et d'un revêtement épithélial. Quelquefois il y a une telle adhérence de la paroi propre avec la muqueuse vaginale que la dissection en est impossible et la paroi du kyste est composée ainsi qu'il suit de dehors en dedans :

1° Une couche d'épithélium pavimenteux stratifié et le derme de la muqueuse vaginale.

2° Une couche musculaire appartenant à la paroi vaginale.

3° Une couche de tissu conjonctif intermédiaire très dense ;

4° Une couche de fibres musculaires lisses de la paroi propre du kyste — fibres affectant des dispositions variables.

Ces deux couches renferment quelquefois de nombreux vaisseaux sanguins dilatés, formant des sortes de lacs sanguins. La couche la plus interne est formée de tissu conjonctif et d'un revêtement épithélial qui présente des caractères différents. Il est cylindrique

dans la plupart des cas, cylindrique à cils vibratiles quelquefois, et pavimenteux dans d'autres. Tantôt on trouve réunis les différents types d'épithélium (Obs. II).

On a noté aussi l'absence de l'épithélium de revêtement (Huguier, Ladreit de la Charrière, Verneuil et Lebedeff).

L'épithélium cylindrique est simple ou disposé sur deux couches ; la couche la plus profonde est constituée par des cellules rondes, par place, l'épithélium s'invagine dans l'épaisseur de la membrane propre du kyste, et forme des dépressions et même des digitations tubulées profondes, simples ou ramifiées (Obs. I et IV).

Tantôt le revêtement épithélial est plissé, d'aspect papillaire (Quénu, Kaltenbach, Max Graefe).

Poupinel a vu toute la paroi fibro-musculaire du kyste traversée par des cavités de forme et dimension variables, tapissées d'épithélium cylindrique ou cubique. Sur quelques coupes, il a trouvé des groupes de cavités tubulées, affectant une disposition ramifiée et simulant la section longitudinale d'une glande en grappe.

Kleinwächter et Geyl ont observé la dégénérescence adénomateuse de la paroi kystique.

Contenu. — Le contenu est un liquide qui tantôt présente l'aspect de l'eau de roche (Obs. VI), du liquide ascitique ; tantôt il est rougeâtre, brunâtre, verdâtre, jaunâtre, muco-purulent ou muqueux.

Dans certains cas, il contient des granulations grais-

seuses, des globules rondes, des noyaux cellulaires libres, des hématies, des cellules pavimenteuses, des cristaux de margarine.

La consistance est celle de la sérosité de l'hydrocèle, d'une solution gommeuse, du mucus, d'une pâte épaisse.

Examen chimique. — Dans le cas de Nélaton (*Gazette méd.* Paris, n° 51), le liquide contenait :

Eau	98
Albumine	1 50
Sel	0 50

(Pour 100 grammes de liquide).

Le liquide est neutre au réactif coloré. Il est plus dense que l'eau. L'analyse de 10 centimètres cubes du liquide provenant d'un kyste, que nous avons observé, a donné les résultats suivants :

Densité.....	1.010
Eau	9 80
Extrait à 100°.....	0 20
Résidu minéral ou cendre	0 10
Matières organiques.....	0 10

Composition des cendres :

Chlorure de sodium.	0 09
Phosphate de soude.	0 01 environ.

Les matières organiques comprennent des matières grasses et de la paralbumine en petite quantité, et une notable proportion de mucine.

SYMPTOMATOLOGIE

Les kystes du vagin passent souvent inaperçus, surtout au commencement, quand ils sont encore d'un petit volume.

Ce n'est que par hasard, à l'occasion d'une autre affection, qu'on les découvre. Kleinwächter a reconnu la présence du kyste chez une de ses malades, qui ne pouvait supporter un pessaire prescrit pour sa rétroversion.

Fréquemment, la saillie du vagin augmentant toujours, les malades viennent consulter pour un prolapsus du vagin ou pour une *descente de matrice* (Kleinwächter, Schwartz). Cette tumeur est habituellement indolore, et excepté une certaine gêne et de la pesanteur elle ne détermine point de troubles fonctionnels, ni dans la miction, ni dans la défécation, ni dans les rapports sexuels, ni dans l'accouchement.

Cependant chez une malade (Obs. V), la présence du kyste gêna le passage de la tête fœtale au moment de la traversée périnéale.

La tumeur est quelquefois le siège d'un écoulement purulent, sa présence coïncide dans certains cas avec de la leucorrhée, malgré l'intégrité apparente de la muqueuse utérine.

On n'a pas noté de troubles de la menstruation.

La malade de M. Schwartz (Obs. VIII), éprouvait une gêne pendant les rapports sexuels, qui lui donnaient des maux d'estomac ; une autre malade de M. Schwartz (Obs. IX), avait des douleurs dans la position assise et des mictions très fréquentes. La malade de Geyl a éprouvé des douleurs intenses dans le vagin du côté où siégeait son kyste. Ce kyste était très douloureux au toucher.

L'examen direct permet tout de suite de reconnaître le kyste soit en engageant la malade à pousser si le kyste est volumineux et sort facilement des organes génitaux, soit avec les valves mobiles convenablement placées.

Les kystes du vagin se présentent sous la forme d'une saillie arrondie, à surface régulière, de coloration faiblement rosée avec une teinte bleutée ou tout à fait foncée si le contenu en est foncé et opaque, molle, fluctuante, sans battements, irréductible et se réduisant notablement si la tumeur présente un prolongement supérieur (Obs. I).

La tumeur rentre facilement, la muqueuse qui la recouvre est tantôt normale, mais amincie par la distension exagérée du liquide, tantôt sèche, écailleuse si la tumeur reste longtemps sortie. Quelquefois, comme dans le cas de Kleinwächter, la tumeur est dure,

irréductible, non fluctuante et rappelle par sa consistance un fibrome.

Leur marche est lente, progressive. Dans quelques cas, comme chez la malade de Schwartz, le kyste se rompt spontanément, puis dans un temps très court, il se reforme et double de volume.

La grossesse a quelquefois une influence évidente sur le développement du kyste. Dans un cas de Richelot (Obs. III), la tumeur ayant apparu avec la grossesse, a acquis son maximum de développement à la fin de la grossesse, diminua après l'accouchement et s'est accrue de nouveau lors d'une nouvelle grossesse,

Le contenu du kyste suppure parfois et il y a guérison par accollement des parois kystiques.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Le diagnostic n'offre point de difficulté. En présence d'une tumeur, présentant les caractères que nous avons décrits dans le chapitre précédent, il sera facile de reconnaître un kyste du vagin. Le diagnostic de la variété du kyste ne pourra être posé, qu'après l'examen microscopique de la tumeur.

On ne confondra pas le kyste avec la cystocèle (le cathétérisme de la vessie fera éviter l'erreur); avec la rectocèle (toucher rectal); avec les diverticules de la vessie, faisant saillie dans le vagin (cathétérisme de la vessie); avec le kyste développé dans les glandules de l'urèthre, — ici l'erreur est très possible, ce n'est que pendant l'opération que l'on peut, dans certains cas, faire le diagnostic.

Les kystes de la vulve, de l'hymen et de la glande vulvo-vaginale ne peuvent être confondus avec les kystes du vagin, — leur siège, leur point d'implantation sont différents.

Le toucher permettra d'éviter la confusion avec les collections liquides péri-vaginales (péritonites enkystées, salpingites, kystes ovariens, kystes du ligament large).

On a noté la présence dans le vagin des kystes hydatiques; — ici la recherche des échinocoques éclairera le diagnostic.

Le pronostic de cette affection est bénin, mais elle peut donner lieu dans certains cas à des accidents inflammatoires, on a des troubles fonctionnels, si la tumeur acquiert un volume un peu considérable. C'est pourquoi il vaut mieux en débarrasser la malade.

TRAITEMENT

On a proposé la ponction avec injection iodée, mais ce mode de traitement donne des mauvais résultats à cause d'accidents inflammatoires qu'il peut provoquer.

Le meilleur mode de traitement est l'ablation totale ou partielle du kyste.

Dans certains cas, surtout dans les tumeurs de la partie supérieure où la dissection est difficile, dangereuse même, ou bien quand les kystes se prolongent vers le fornix et au delà, — il faut se contenter de l'excision de la partie inférieure saillante et du curetage de la partie supérieure avec tamponnement.

Pour les kystes petits et facilement accessibles, on doit faire l'extirpation totale du kyste, soit comme l'a fait M. le professeur Duplay, en faisant deux incisions demi-circulaires et extirpant le kyste avec le lambeau de muqueuse lui adhérent; soit par le procédé de Pozzi, qui a conseillé de vider la tumeur et de la

remplir de blanc de baleine fondu qu'on fait durcir par une application de glace. On dissèque alors la poche tout à fait à son aise. Les deux lèvres de la plaie vaginale sont rapprochées à l'aide de fils de catgut ou de soie.

OBSERVATION I

Kyste muqueux Wolffien de la paroi antéro-latérale droite du vagin. Opération (CHALOT). Examen histologique.

Malade âgée de 40 ans, entrée à l'hôpital le 22 mai 1892 a remarqué une tumeur depuis quelques années à l'entrée du vagin et ayant des pertes blanches.

Antécédents personnels. — Elle a eu trois grossesses à terme, la première il y a 14 ans, la dernière il y a 6 ans. Pas de fausse couche. Réglée à 14 ans 1/2 ; règles régulières, durant huit jours sans douleurs, perte de sang assez abondante, Etat général, bon.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

A l'extrémité antérieure du vagin, à droite nous trouvons une tumeur sphéroïde, arrondie, nettement délimitée, du volume d'un gros marron, recouverte d'une muqueuse blanc rosée, lisse en avant et en bas, légèrement ridée par places en arrière, dans le sens transversal, cette tumeur empiète de 1 centimètre seulement par son implantation sur la partie latérale droite du vagin. Elle est molle, fluctuante, indolente, opaque, absolument mate à la percussion, n'augmentant ni par la station verticale, ni sous l'influence des efforts de la toux ; elle diminue sensiblement par la pression, en s'allongeant vers la partie supérieure du vagin ; s'aplatit facilement sous une valve de Sims, placée contre la paroi correspondante du vagin. Par le tiers de son volume elle fait corps avec cette paroi et il semble qu'elle siège dans le tissu sous-muqueux de la muqueuse vaginale.

Pas de connection avec l'urèthre. Un stylet de Bowman permet également de reconnaître l'existence et la perméabilité normales de deux tubes péri-uréthraux de Skene. Ceux-ci sont donc indépendants de la tumeur.

Vestibule du vagin normal.

Les pertes blanches sont dues à la coexistence d'une endométrite muco-purulente du col et du corps.

Le cathétérisme et le palper combinés démontrent que l'utérus est simple et constitué comme à l'ordinaire.

Le 5 juin. Excision presque totale du kyste, et raclage complémentaire de ce qui en reste.

Contenu. — Une grande cuillerée d'un liquide gommeux, épais, filant, visqueux, clair jaunâtre homogène, qui est recueilli dans un flacon stérilisé pour l'examen microscopique et chimique.

La paroi du kyste est formée successivement de bas en haut :

- 1° Par la muqueuse vaginale ;
- 2° Une mince couche du tissu conjonctif lâche ;

3° Une membrane fibroïde blanchâtre très nette, résistante, qui forme liseré sur chaque lèvre de l'incision et qui est bien la membrane propre du kyste. Après l'excision, il y avait une hémorrhagie abondante, veineuse, arrêtée par l'irrigation d'eau chaude et le tamponnement au coton salicylé. L'hémostase faite suffisamment, j'ai disséqué et excisé la moitié inférieure au moins de ce qui restait de la membrane interne ; la gouttière consécutive à l'excision de la paroi vaginale se prolongeait beaucoup en arrière vers le côté du col utérin (au moins à 2 centimètres 1/2 de lui), on ne dissèque pas plus loin la membrane propre, raclage du restant de la membrane interne propre du kyste. Opération faite sans anesthésie locale ; en général peu douloureuse.

Durée : trois quarts d'heure. Le 17 juin, la cicatrisation est presque complète.

Examen microscopique. — La paroi totale est formée du tissu conjonctif, des fibres musculaires lisses, comprises entre deux revêtements épithéliaux.

De la surface vaginale à la face interne du kyste, on trouve successivement : 1° une couche d'épithélium pavimenteux stratifié, un peu épaissi par places, et présentant à ces endroits épaissis une prolifération abondante de la couche profonde du corps muqueux qui s'est laissé pénétrer par des leucocytes ;

2° Le derme de la muqueuse vaginale ;

3° Un plan des fibres musculaires lisses s'entrecroisant dans différentes directions et séparées du tissu conjonctif ; çà et là des veines énormes et nombreuses donnant l'aspect du tissu caverneux ;

4° Le derme de la membrane propre du kyste, riche en éléments cellulaires et en fibres musculaires lisses ;

5° Une couche simple d'épithélium cylindrique, doublée çà et là d'un plan sous-jacent de petites cellules rondes ou ovales ; les cellules cylindriques allongées n'ont pas des cils vibratils. Par places, l'épithélium s'invagine dans l'épaisseur de la membrane propre, formant tantôt des simples dépressions, tantôt des digitations tubulées profondes simples, ou ramifiées. Ces invaginations sont tapissées d'une simple couche de cellules cylindriques, excepté au fond de nombreux culs-de-sac, où l'on trouve au dessous de ces cellules de nombreuses petites cellules rondes ou ovales.

Examen micro-chimique du liquide extrait. — Grande quantité de mucus précipité par l'acide acétique. Nombreuses plaquettes de cholestérine. Nombreux globules graisseux de 0,15 à 0,25 μ . avec noyaux. Autres globules analogues, un peu plus petits et sans noyau distinct. Petits éléments arrondis, un peu

crenelés et paraissant être des cadavres d'hématies. Une multitude de granulations graisseuses libres. Nous voyons que le kyste possède une membrane propre, indépendante de la muqueuse vaginale.

D'après la position du kyste, son prolongement supérieur, l'existence des fibres musculaires lisses dans l'épaisseur de sa paroi propre et le revêtement épithélial cylindrique, il s'agit ici d'un kyste du canal de Gaertner.

OBSERVATION II

Kyste du vagin développé dans les restes du canal de Gaertner,
par le docteur GASTON POUPINEL.

M^{me} V..., 34 ans, opérée par M. Quénu, le 24 mai 1889, au dispensaire Pereire, à Levallois-Perret, d'un kyste uniloculaire du vagin dont elle a constaté l'existence il y a trois mois. Ce kyste siège au niveau du tiers inférieur de la paroi antérieure du vagin, à la jonction de ce tiers et du tiers moyen sur la ligne médiane, sous la muqueuse vaginale, dont l'aspect est normal. Ailleurs, les replis du vagin paraissent plus accentués que de coutume. Le kyste présente le volume d'une grosse cerise ou d'une belle prune de mirabelle, sa forme est régulièrement arrondie. Après incision de la muqueuse, il a pu être énucléé en totalité avec le doigt; en arrière et en haut, il a fallu sectionner une sorte de pédicule fibreux assez vasculaire faisant corps avec la poche kystique. Le contenu de la petite tumeur est un liquide très épais, très visqueux et filant, de couleur très foncée, brun noirâtre.

Ayant assisté à l'opération, nous avons recueilli la pièce et l'avons placée immédiatement dans l'alcool fort. Après durcissement convenable, l'examen histologique de coupes perpendiculaires au diamètre antéro-postérieur de la tumeur nous a montré les détails suivants :

Le kyste présente une paroi propre fibro-musculaire, tapissée intérieurement d'épithélium. La paroi propre est constituée de tissu conjonctif dense au milieu duquel on aperçoit très nettement des faisceaux de fibres musculaires lisses. La plupart de ces faisceaux ont une direction circulaire formant un anneau autour du kyste; d'autres, qui siègent de préférence près de la surface épithéliale, sont perpendiculaires aux précédents; parmi les faisceaux les plus externes cheminent des artérioles.

Le revêtement épithélial plissé, d'aspect papillaire, présente un aspect variable, suivant les points considérés. Sur la portion voisine de la muqueuse vaginale, il est exclusivement constitué de cellules cylindriques à protoplasma clair, d'aspect caliciforme en beaucoup de points. La dégénérescence muqueuse des cellules les rend parfois absolument vésiculeuses. Elles sont disposées sur une seule couche. Sur la paroi opposée du kyste, la plus éloignée de la muqueuse du vagin, on rencontre un épithélium pavimenteux stratifié dans lequel on distingue parfaitement les filaments d'union des cellules. Le revêtement pavimenteux stratifié est disposé tantôt sur une surface assez étendue; tantôt, au contraire, au niveau des replis papillaires, il ne s'observe que sur le sommet de ces replis, les dépressions interpapillaires étant tapissées d'une seule couche de cellules cylindriques hantes, à protoplasma clair, d'aspect caliciforme et muqueux. Enfin, sur une certaine étendue, l'épithélium et la couche connective sous-épithéliale sont abondamment infiltrés de pigment sanguin.

Le kyste est séparé de la muqueuse vaginale par du tissu

conjonctif dense, à la face profonde duquel on rencontre des vaisseaux sanguins ; la muqueuse du vagin est normale.

En haut et en arrière, au point où l'énucléation du kyste ne fut plus possible et où il fallut sectionner les tissus avec des ciseaux, il n'existe en dehors de la zone musculaire propre du kyste que du tissu conjonctif fibreux sillonné de volumineuses artères atteintes d'endartérite. Nous n'avons pas rencontré en ce point de vaisseaux se rendant spécialement au kyste et pouvant faire considérer ce point de la préparation comme correspondant à une espèce de pédicule.

Le siège du kysté sur la paroi antérieure du vagin, le prolongement supérieur, l'existence des fibres musculaires lisses disposées sur deux plans, le revêtement épithélial, tantôt cylindrique, tantôt pavimenteux stratifié font considérer ce kyste comme d'origine wolf-fienne.

OBSERVATION III

(RICHELOT.)

Malade âgée de 36 ans.

Début de la tumeur il y a deux ans ; la tumeur proéminente à la vulve, dans la station verticale, se réduit spontanément dans le décubitus horizontal.

Depuis l'apparition de cette tumeur, deux grossesses ont évolué. La première grossesse a débuté à l'époque d'apparition de la tumeur qui, d'abord du volume d'une noix, s'est accrue et a présenté le maximum de développement à la fin de la grossesse. La tumeur n'était plus alors spontanément réductible et

la malade portait un pessaire. Après l'accouchement la tumeur diminua et à la deuxième grossesse augmenta de nouveau.

La présence de la tumeur gêne la malade et elle demande à en être débarrassée.

La tumeur mesure de haut en bas 12-14 centimètres.

En introduisant le doigt entre la tumeur et les parois vaginales, on est brusquement arrêté tout près de la vulve, en arrière, en avant et sur la paroi latérale gauche, on ne peut avancer qu'à droite ; le col est rejeté de ce côté. Tumeur élastique, fluctuante, liquide visqueux, filant, un peu trouble.

Pas de rapports de la tumeur ni avec la vessie, ni avec le rectum. Pas de cystocèle, ni de rectocèle.

La tumeur rentre facilement, elle remplit le cul-de-sac latéral gauche et occupe la moitié de la paroi antérieure, la moitié postérieure et la paroi latérale gauche du vagin.

Diagnostic. — Kyste sous-muqueux du cul-de-sac latéral gauche du vagin.

Traitement. — Dissection de la muqueuse vaginale. A l'opération la cavité du kyste présente, de distance en distance, des étranglements peu accusés, de là une tendance à la multilocularité.

Examen microscopique. — La paroi du kyste présente deux couches :

1° Couche externe, est composée du tissu conjonctif fibreux, des fibres élastiques et des fibres musculaires lisses ;

2° Couche interne, épithéliale cylindrique à cellules allongées, étroites, présentant un noyau à leur base, sans plateau à leur extrémité libre. Quelques cellules de remplacement se rencontrent dans cette couche qui présente, de distance en distance, des dépressions anfractueuses.

Pour ce cas on peut admettre deux opinions :

1° Développement aux dépens du canal de Gaertner.

— L'existence des fibres musculaires lisses dans la paroi du kyste et le revêtement épithélial cylindrique.

2° Le développement est analogue à celui des kystes de l'ovaire, c'est-à-dire qu'ils se produisent par invagination de quelques cellules épithéliales dans les parois mêmes des tubes de Gaertner. — De là une tendance à la multilocularité.

OBSERVATION IV

(REBOUL.)

40 ans, cuisinière.

A 20 ans, le mari fait remarquer à la malade l'existence de deux kystes, siégeant sur la paroi antérieure et postérieure du vagin.

A 21 ans une grossesse. Après l'accouchement la tumeur augmenta de volume, mais il n'y avait aucun symptôme fonctionnel.

A 35 ans, nouvel accouchement. Augmentation rapide et gêne, douleurs irradiant dans le bas-ventre, la miction exige des efforts, la malade est devenue très nerveuse.

Il y a deux tumeurs à la vulve.

Une en avant, sous le tubercule antérieur du vagin, l'autre en arrière, reçue dans une espèce de croissant, formé par la paroi vaginale qui fait une légère saillie en avant.

Toucher. — On sent deux tumeurs, une sur la paroi antérieure, l'autre sur la paroi postérieure du vagin.

La tumeur antérieure, manifestement kystique, sessile, est située à 2-3 centimètres de l'orifice vulvaire, peu mobile, se prolon-

geant nettement en arrière et en haut entre l'urèthre et la paroi vaginale qui glisse sur elle.

Lorsqu'on saisit le kyste entre deux doigts, et qu'on l'attire vers la vulve il prend une coloration bleuâtre. La muqueuse vaginale est normale au niveau du kyste.

Le doigt cheminant sur la paroi vaginale postérieure et d'avant en arrière, perçoit d'abord une tumeur molle, réductible; une rectocèle et en arrière le kyste (combinaison du toucher rectal et vaginal).

L'exploration de la cloison recto-vaginale en haut fait sentir une tumeur ovalaire kystique que l'on peut refouler en haut et qui se continue vers le cul-de-sac recto-vaginal par une masse lobulée, puis par un cordon noueux que le doigt vaginal sent encore au tiers supérieur de la paroi vaginale postérieure.

Le kyste n'est pas réductible mais fuit sous la pression du doigt explorateur.

Le kyste antérieur est gros comme une noisette, le kyste postérieur comme une noix.

Les kystes paraissent se prolonger dans la cloison vésico-vaginale ou dans les ligaments larges.

Opération. 30 avril. — Le kyste antérieur se prolonge en arrière et en haut, dans la cloison uréthro-vésico-vaginale.

Le kyste postérieur présente un prolongement remontant très haut dans la cloison recto-vaginale, un peu à droite, on poursuit le pédicule jusqu'à la partie supérieure du vagin, on lie le pédicule qui remonte encore plus haut.

Le 25 mai la malade quitte l'hôpital guérie.

Examen microscopique. — Kyste antérieur, se compose de deux parties; une grande poche kystique, la paroi a 1-2 millimètres d'épaisseur, la surface interne blanchâtre, lisse, le liquide visqueux, homogène, couleur café au lait foncé. Le kyste se continue par un pédicule épais, irrégulier et paraissant contenir

des petits kystes. La paroi est formée par deux couches très nettes : une en dehors, formée du tissu conjonctif fasciculé, renfermant des vaisseaux et des fibres musculaires lisses, accolées par place concentriquement ; une couche interne épithéliale à cellules cylindriques, sans cils vibratils, le noyau de ces cellules est volumineux et granuleux. Dans la cavité du kyste en contact avec l'épithélium, on trouve des débris de cellules et des gros corps arrondis et granuleux.

Kyste postérieur plus développé, est constitué par trois parties.

1° Un grand kyste ; 2° une masse fibro-kystique se prolongeant en haut et en arrière, et l'unissant à un pédicule fibreux.

Contenu : 15 grammes d'un liquide visqueux, homogène, de couleur chocolat.

La constitution de la paroi est la même que pour le premier kyste, l'épithélium cylindrique à gros noyaux, par place l'épithélium forme des culs-de-sac plus ou moins prononcés, comme dans certains kystes de l'ovaire.

La masse fibro-kystique est formée de gros faisceaux conjonctifs, contenant des fibres musculaires lisses, disposées sous forme de lame, et des vaisseaux, et limitant des cavités irrégulières, tapissées par un épithélium à cellules cylindriques ou cubiques.

Le pédicule est formé surtout de faisceaux conjonctifs, de fibres musculaires lisses, de vaisseaux et de rares cavités à peu près rectilignes, tapissées par un épithélium à petites cellules rondes ou cubiques.

D'après le mode de développement (apparition avant toute grossesse ou traumatisme quelconque), la disposition anatomique et la structure de leurs parois, ces kystes paraissent provenir des canaux de Gaertner.

OBSERVATION V

(Personnelle).

Femme âgée de 25 ans, cuisinière.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une pleurésie, ayant duré un an, âgé de 58 ans.

Antécédents personnels. — A 1 an, elle a eu le carreau. Fièvre typhoïde à 18 ans. Réglée à 18 ans, régulièrement ; règles peu abondantes, durant trois jours.

Elle a eu deux accouchements : premier, 21 octobre 1893, normal et facile. Suites de couches normales. Deuxième accouchement, 14 décembre 1894. Difficulté de l'accouchement au moment de la traversée vulvaire qui s'est effectuée sans accident.

Début de l'affection. — Elle s'est aperçu de la présence de la tumeur vaginale après le premier accouchement, c'est-à-dire onze mois avant son entrée à l'hôpital. A ce moment-là, la tumeur sortait de la vulve, elle ne paraît pas avoir augmenté de volume, elle sort et rentre facilement. Elle ne s'accompagnait d'aucune gêne fonctionnelle et ne déterminait d'autres accidents, que celui de l'accouchement, cité plus haut.

Examen. — Lorsque la malade a marché, il sort de la vulve une tumeur grosse comme une mandarine, tumeur à surface lisse, régulière, sphérique, de coloration faiblement rosée, avec une teinte bleuâtre, molle, fluctuante, sans battements, irréductible. La muqueuse qui la recouvre est normale et amincie.

Implantation. — La tumeur naît de la ligne médiane de la paroi postérieure du vagin et empiète un peu sur la paroi latérale gauche, elle s'arrête à un travers de doigt de la vulve, remonte jusqu'au col, mais il est facile de l'en séparer. Elle n'est

pas pédiculisée, mais quand on l'attire au dehors, on lui fait un pédicule artificiel par suite du glissement de la muqueuse vaginale.

Siège anatomique. — Le seul fait qu'elle entre et sort facilement fait penser qu'elle n'a aucune adhérence, ni aucun prolongement.

Toucher vaginal. — Au dessus de cette tumeur, rien d'anormal dans le vagin, aucune connexion ni avec l'utérus, ni avec les culs-de-sac, ni avec le squelette osseux.

Toucher rectal. — Même constatation, aucune saillie dans le rectum. Par les deux touchers combinés, les doigts constatent qu'au dessus de la tumeur la cloison est libre et qu'il n'y a aucun prolongement.

Diagnostic. — La tumeur siège au dessous de la muqueuse vaginale; c'est une tumeur liquide. Ce n'est pas un abcès, à cause de la marche de l'affection (tumeur chronique, indépendante), ce n'est pas une tumeur sanguine (transparence), c'est un kyste du vagin, kyste séreux, l'examen du liquide n'a pas démontré la présence des crochets d'échinocoques.

Traitement. — Ablation totale de la tumeur avec la partie de la muqueuse sus-jacente lui adhérent intimement, suture au catgut des deux lèvres de l'incision vaginale, réunion par première intention au bout de cinq jours.

La malade quitte l'hôpital dix jours après l'opération, guérie.

Examen anatomo-pathologique.

Contenu. — 20 centimètres cubes d'un liquide, clair comme l'eau de roche, légèrement filant, neutre aux réactifs colorés.

L'analyse de 10 centimètres cubes de ce liquide, faite par M. Savoire, interne en pharmacie, a démontré la composition suivante :

Densité : 1.010.

Eau.....	9gr.80
Extrait à 100°.....	0 . 20
Résidu minéral ou cendres.....	0 . 10
Matières organiques.....	0 . 10

Composition des cendres :

Chlorure de sodium.....	0gr.09
Phosphate de soude.....	0 . 01 environ.

Les matières organiques comprennent des matières grasses, de la paralbumine en petite quantité et une notable proportion de mucine.

Structure de la paroi. — La paroi totale est formée du tissu conjonctif, des fibres musculaires lisses comprises entre deux revêtements épithéliaux. De la surface vaginale à la surface interne du kyste, on trouve successivement :

1° Une couche d'épithélium pavimenteux stratifié, dont la couche la plus profonde est composée de cellulés cylindriques ;

2° Le derme de la muqueuse vaginale ;

3° Couche musculaire, dont les fibres sont disposées sur deux plans ; les plus internes circulaires ou obliques ; les plus externes, longitudinales ; ces faisceaux musculaires sont séparés du tissu conjonctif. Cette couche est traversée par de nombreux vaisseaux sanguins ;

4° Couche formée par des faisceaux de tissu conjonctif, très dense et formant une couche très mince à l'endroit, où le kyste adhérerait fortement à la paroi vaginale, beaucoup plus lâche en d'autres où la distinction entre la paroi vaginale et la paroi propre du kyste est beaucoup plus évidente ;

5° Une couche de fibres musculaires lisses, disposées sur deux

plans, les externes circulaires ou obliques, les internes longitudinales;

6° Un plan du tissu conjonctif, infiltré de petites cellules rondes;

7° Une couche d'épithélium cylindrique simple, présentant de place en place des dépressions plus ou moins profondes, qui se dédoublent en certains endroits et forment de véritables digitations.

L'existence des fibres musculaires lissés dans la paroi propre du kyste et l'épithélium cylindrique tapissant sa cavité, nous font admettre l'origine wolffienne.

OBSERVATION VI

(QUÉNU).

Félicie S..., 41 ans, ménagère.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — Réglée à 15 ans. Les règles se sont toujours bien passées.

Cinq accouchements normaux, le dernier il y a cinq ans. Entrée le 9 novembre 1894 au pavillon Pasteur, la malade se plaint uniquement de douleurs dans le dos et dans les reins. Elle éprouve des démangeaisons insupportables du côté de son vagin. Pertes blanches depuis quinze jours.

Examen. — Par le toucher, on sent à 3 ou 4 centimètres de l'orifice vulvaire deux tumeurs indolentes, molles, fluctuantes, situées l'une sur la paroi antérieure, l'autre sur la paroi postérieure du vagin et développées à l'insu de la malade.

Avec le spéculum, on pédiculise ces deux tumeurs, qu'on fait glisser entre les deux vulves. L'antérieure est grosse comme

une noix, la postérieure est plus volumineuse. Pas de troubles de la miction. Un peu de constipation.

Opération le 16 novembre 1894.

Curettage de l'utérus. Opération de Schroder. Incision des kystes, d'où s'écoule un liquide blanchâtre et visqueux. Excision de leurs parois et cautérisation au nitrate d'argent. Lavage au sublimé et tamponnement à la gaze iodoformée.

Examen microscopique. — Les coupes microscopiques de la paroi du kyste postérieur, faites par M. Follet, interne du service, et examinées par nous, présentent la structure suivante :

1° Une couche d'épithélium pavimenteux stratifié, un peu épaissi, la couche la plus profonde est constituée par des cellules cylindriques avec un noyau volumineux à leur base ;

2° Le derme de la muqueuse vaginale ;

3° Une couche de fibres musculaires lisses, s'entrecroisant dans différentes directions et séparées par du tissu conjonctif. Cette couche est traversée par de nombreux vaisseaux très dilatés, formant de véritables cavités sanguines ;

4° Une couche de tissu conjonctif très dense, dont les mailles sont très serrées, et qui fait fortement adhérer la tunique vaginale à la paroi propre du kyste.

5° Suit une cinquième couche, très épaisse, formée de fibres musculaires lisses disposées sur deux plans, les plus internes sont coupées transversalement sur notre préparation et les plus externes sont longitudinales ;

6° Une couche de tissu conjonctif ;

7° Une couche épithéliale formée de cellules cylindriques disposées sur un seul plan ou doublées, de place en place, d'une autre couche sous-jacente, formée de petites cellules rondes.

L'existence dans la paroi du kyste d'une couche

épaisse et le revêtement épithélial cylindrique, font penser à la provenance wolffienne de ces kystes.

OBSERVATION VII

(SCHWARTZ)

B... Joséphine, âgée de 23 ans, ménagère, entrée à la salle Cochin, le 2 mai 1892.

Antécédents personnels. — D'une bonne santé habituelle, n'a jamais été malade. Réglée à 16 ans. Règles assez régulières, normales, comme durée et abondance.

Un enfant, il y a neuf mois; pas de fausse couche, pertes blanches habituelles et assez abondantes. Pas de métrorrhagie.

Elle s'est aperçue, il y a 5 mois, de l'apparition d'une petite grosseur à la partie inférieure du vagin, tumeur arrondie, lisse, un peu plus grosse qu'une noisette, qui ne l'a jamais fait souffrir. Elle a consulté à ce moment un médecin qui lui a dit qu'elle avait un kyste et lui conseilla une opération.

Examen. — On constate la présence à la vulve d'une petite tumeur, arrondie, lisse, de la grosseur d'un œuf de poule, qui fait saillie au dehors, la malade étant debout, et rentre dans le vagin, quand elle est couchée. Cette tumeur est modérément tendue, d'une coloration rosée; lorsqu'on appuie sur la tumeur qui semble fluctuante, on réduit son contenu, le cathétérisme de l'urèthre et de la vessie permet de constater que la tumeur n'a pas de connexion avec ces organes; la tumeur est mate à la percussion, son pédicule la rattache à la partie inférieure de la paroi antérieure du vagin. Sur cette paroi antérieure, on sent au toucher comme un raphé médian cicatriciel allant du kyste à l'utérus.

On s'assure au moyen d'une injection de lait stérilisé dans la tumeur qu'elle ne communique ni avec la vessie, ni avec l'urèthre.

Par le toucher rectal on sent que la tumeur ne communique pas avec le rectum. Par un petit orifice qui s'est fait à la partie postérieure et inférieure de la tumeur, la pression fait sourdre du muco-pus.

Opération. — Incision longitudinale de la tumeur; le doigt introduit dans la poche remonte assez haut obliquement sur la paroi du vagin, deux phalanges de l'index pénètrent dans la tumeur. On dissèque la paroi du kyste avec une certaine difficulté à cause de son adhérence intime avec la muqueuse. La partie supérieure ne peut être enlevée. Curettage et tamponnement avec de la gaze iodoformée.

19 mai. La cicatrisation a été si rapide qu'au début la plaie passe inaperçue, la tranche mince de la muqueuse est recouverte d'épithélium; il ne reste que le fond de la poche, que l'on cautérise avec un tampon de ClZn à 1/10 laissé en place.

21 mai. Nouvelle cautérisation.

29 mai. Exeat. La malade ne présente plus, qu'un petit cul-de-sac, représentant le fond du kyste et complètement cicatrisé.

D'après le siège du kyste à la paroi antérieure du vagin, l'existence d'un prolongement supérieur, formant comme un raphé médian, allant du kyste à l'utérus et l'examen microscopique ayant montré le revêtement épithélial cylindrique, ont fait poser à M. Schwartz le diagnostic d'un kyste du canal de Gaertner.

OBSERVATION VIII

(SCHWARTZ)

F... Adélaïde, 34 ans, mariée, ménagère, entrée le 6 avril 1893 (salle Cochin).

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents personnels. — A toujours été bien portante. A eu des douleurs articulaires il y a 12 ans.

Réglée à 13 ans, toujours bien réglée, durée : trois ou quatre jours.

Elle a eu quatre enfants. Le dernier à 15 mois.

Un an après le dernier accouchement, c'est-à-dire vers le commencement de janvier 1893, la malade a commencé à sentir une gêne pendant les rapports sexuels, qui lui donnaient des maux d'estomac.

Après quelque temps elle croit que c'est une descente de matrice, elle va à la Maternité le 13 février, où on lui dit que c'est un kyste du vagin, elle entre là pour l'opérer, mais il se déchire de lui-même et on la renvoie.

Le 6 avril. Elle entre ici, parce que la tumeur est devenue presque le double de ce qu'elle était la première fois. La tumeur la gêne à marcher, empêche les rapports sexuels.

Quand elle reste debout, la tumeur sort, quand elle est couchée, la tumeur rentre. Elle n'a pas de douleurs ni aucune gêne, le tumeur étant rentrée.

Opération, 8 avril. — Une petite incision médiane laisse sortir un liquide citrin trouble. On dissèque la paroi kystique, suture des lèvres de l'incision.

Pansement. — On met une mèche de gaze iodoformée.

Le 21 avril. La malade quitte l'hôpital guérie. (Quelques

points de suture ont cédé trois ou quatre jours après l'opération.)

L'examen microscopique de la tumeur n'a pas été fait.

OBSERVATION IX

(SCHWARTZ)

Marie M..., 28 ans, journalière, entre à l'hôpital le 25 juillet 1894.

Réglée à 13 ans, bien réglée jusqu'à 18 ans, à cette époque premier accouchement.

Deuxième enfant à 20 ans, accouchements normaux, mais depuis le premier la malade souffre dans le bas-ventre, surtout du côté gauche, et des douleurs dans les reins.

Elle est mal réglée, a des retards variant de 10 à 15 jours. L'an dernier, fausse couche de 2 mois, depuis les souffrances se sont exagérées. En outre, depuis 4 mois la malade s'est aperçue d'une tumeur de la grosseur d'une noisette qui a grossi de plus en plus, qui sort de la vulve par les efforts. La position assise est douloureuse, les mictions fréquentes.

La tumeur est un petit kyste qui siège à l'entrée du vagin, sur la partie antérieure située à 1 ou 1 c. 1/2 de l'urèthre, de la grosseur d'une noix, un peu à gauche de la ligne médiane. Le kyste est nettement circonscrit et l'on voit par transparence le contenu brun noirâtre.

Opération le 26 juillet. — Ablation du kyste avec sa poche, énucléation assez facile, suture de la muqueuse sus-jacente. La poche contient un liquide brunâtre avec pigmentation sanguine.

D'après l'examen microscopique fait sous la direction de M. le docteur Schwartz c'est un kyste glandulaire avec liquide séro-sanguin.

OBSERVATION X (traduite de GEYL).

Femme n'ayant plus ses règles. A eu plusieurs accouchements, présente des cicatrices d'une déchirure ancienne. La malade n'éprouvait auparavant aucune gêne; tout dernièrement, elle éprouva de fortes douleurs qu'elle localise dans le côté droit du vagin, et qu'elle attribue à une tumeur qu'elle sent dans cet endroit et qui a beaucoup augmenté de volume dans les derniers temps.

Cette tumeur, de volume dépassant un œuf de poule, était très douloureuse au toucher, très élastique et donna issue, par la ponction, à un liquide opaque jaune brunâtre.

Il s'agissait donc d'un kyste du vagin. Ce kyste a repoussé la cicatrice vagino-périnéale, et a fortement voûté la partie droite du vagin.

Par le toucher vaginal et rectal, combinés, on a reconnu que la tumeur était en contact très intime avec le rectum, sans cependant lui adhérer.

Le traitement s'imposait et était des plus simples. La tumeur a été excisée avec une partie de la muqueuse.

Pendant l'opération, on a découvert du côté gauche et au point symétrique, une tumeur beaucoup plus petite, qui était aussi un kyste du vagin. Celui-ci ne fut pas enlevé, sur le refus de la malade.

Examen microscopique. — La paroi vaginale qui se trouvait au-dessus de la tumeur ne présentait pas partout une structure normale. Dans certains endroits, la couche épithéliale s'enfonçait et formait des masses irrégulières, composées exclusivement des cellules épithéliales, dont la dernière couche, composée de cellules cylindriques, se continuait avec celle tapissant les lumières glandulaires.

Il s'agit donc ici d'une néoformation glandulaire de l'épithélium vaginal.

Tout près de ces espaces glandulaires, mais un peu plus profondément, on voit une multitude d'autres espaces qui présentent de vrais acinis glandulaires ; leur mode de propagation est un peu irrégulier, et par leur structure ils ressemblent à l'adénome du sein. Le long et au-dessous de ces acinis se trouve la paroi du kyste, qui, dans certains endroits, est enflammée, dans d'autres, présente une surface épithéliale intacte.

Ce qui est intéressant, c'est que cet épithélium s'enfonce et forme des masses qui se fusionnent avec les espaces glandulaires. Ces espaces glandulaires se trouvent dans les masses épithéliales mêmes, et sont constituées par les cellules cylindriques claires, dont les parties inférieures contiennent de volumineux noyaux arrondis.

D'après notre observation il n'est pas douteux que notre tumeur soit formée aux dépens des glandes du vagin ; la paroi même du kyste a subi la dégénérescence adénomateuse.

OBSERVATION XI (CURATULO)

A proposito di un caso delle grossa cisti della vagina. MORGAGNI,
Milano, 1889.

F... Angela, veuve, 37 ans, couturière, née à Belgirate.

Réglée à 16 ans, toujours bien réglée.

Elle a eu sept grossesses, six accouchements à terme, normaux, un avortement.

Elle a nourri elle-même ses enfants.

Aucune maladie antérieure.

Elle raconte qu'il y a douze ans, après la première grossesse, elle a constaté que pendant les efforts de la défécation, il lui sortait, des organes génitaux externes, une petite tumeur grosse comme une noisette. Cette tumeur, toujours indolente, augmentait progressivement de volume, sortait de la vulve dans la station debout, et rentrait spontanément dans la position couchée. Elle n'a jamais souffert pendant la miction, pendant ses sept grossesses, ni dans les rapports sexuels. Pas de leucorrhée. Pendant les deux dernières grossesses, la tumeur s'est beaucoup accrue et restait toujours en dehors des organes génitaux. Les grossesses suivirent leur évolution normale.

En s'apercevant que depuis quelque temps il s'écoulait de la surface de la tumeur un liquide jaune, elle s'est rendue à la consultation de Sainte-Catherine, et de là nous a été envoyée.

A l'examen, on voyait, en dehors des organes génitaux externes, une tumeur du volume d'une grosse orange, de coloration rouge foncée, présentant une surface lisse, luisante par la distension exagérée de la muqueuse qui la recouvrait.

Au milieu, dans un point plus élevé, la tumeur présentait une petite ouverture comme une fistule, de laquelle suintait un liquide jaunâtre, filant, mélangé de pus.

A l'exploration avec le speculum de Sims, on voyait la tuméfaction occuper toute la paroi antérieure du vagin, s'étendant en arrière, presque au point, où la muqueuse vaginale se réfléchit sur le col de l'utérus, et en avant à 2 centimètres environ en arrière de l'orifice de l'urèthre.

A la palpation, on sent manifestement la fluctuation. Rien d'anormal sur les autres parois du vagin. Léger ectropion de la muqueuse cervicale.

Le diagnostic de kyste vaginal suppuré fut facile à porter, et le professeur Mangiagalli, pour soulager momentanément la ma-

lade, fit une incision longue de 4 centimètres, en partant du point où le kyste s'était spontanément ouvert.

Il s'écoula une quantité considérable de liquide qui, par tous ses caractères, ressemblait au contenu des kystes suppurés. La malade était, le lendemain, radicalement opérée par la méthode de Schröder.

La portion du kyste excisée, examinée au microscope, présentait la composition suivante de dehors en dedans :

1° Une couche d'épithélium pavimenteux stratifié, dont la plus profonde est composée de cellules épithéliales cylindriques, analogues à celles tapissant les papilles cutanées ;

2° Une couche de papilles ressemblant à celles de la peau, dans laquelle s'enfonce la couche épithéliale cylindrique. Cette couche, que nous pouvons appeler papillaire, est constituée par du tissu conjonctif très fin ;

3° Une couche conjonctive très fine, constituée par des fibres qui tantôt sont entrecroisées dans tous les sens, tantôt réunies en faisceaux ondulés et infiltrés plus ou moins de cellules conjonctives jeunes (cellules embryonnaires ou lymphoïdes) ;

4° Cette infiltration cellulaire est plus marquée inférieurement. On voit dans cette couche quelques vaisseaux sanguins qui, dans certains endroits, sont ectasiés et ressemblent à des lacs sanguins : on y trouve aussi des véritables lacs lymphatiques, contenant une quantité plus ou moins grande de cellules lymphoïdes ;

5° A la couche que nous venons de décrire, et qui constitue presque toute l'épaisseur de la paroi kystique, fait suite une couche que nous pouvons appeler musculaire, et qui est composée de faisceaux de fibres musculaires lisses, séparés de place en place par du tissu conjonctif très fin ;

6° Une autre couche conjonctive très fine, qui présente les caractères de la troisième couche, est recouverte par un épithé-

lium pavimenteux stratifié, mais d'une épaisseur moindre que la couche épithéliale externe.

Pour le cas présent on peut admettre deux théories : la théorie embryonnaire (canal de Müller) ou celle de Froment, qui rattache la production de certains kystes à l'accolement des replis normaux de la muqueuse vaginale.

CONCLUSIONS

Nous n'envisageons dans notre travail que les kystes d'un certain volume.

Ces kystes sont d'origine diverse :

Les uns sont développés dans les glandes, dont l'existence dans l'épaisseur de la muqueuse vaginale est aussi exceptionnelle que celle des kystes du vagin eux-mêmes.

Le plus grand nombre a pour point de départ les organes de la vie fœtale imparfaitement atrophiés (canaux de Gaertner, canaux de Müller).

Quant à l'opinion qui rattache certains kystes au développement des bourses séreuses accidentelles, nous ne la trouvons confirmée par aucune des observations que nous avons étudiées.

Vu : Le Président de la Thèse,
DUPLAY.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Kallenbach.* — Arch. f. gynakol., t. V, 1873, p. 138.
- Lébedeff.* — Ztschr. f. geburtshülfe u. gynakologie, 1882, t. VII, p. 324.
- Le Dentu.* — Gaz. des hôpitaux, 1880, p. 812.
- Achard et Lannelongue.* — Traité des kystes congénitaux, p. 442.
- Thalinger.* — Thèse de Paris, 1885.
- Baumgarten.* — Ueber vaginalcysten. Arch. f. path. Anat. Berlin, 1887.
- Pestalozza.* — Delle cioti della vagina. Riv. clin. Bologna, 1887.
- Johnston.* — A contribution to the study of cists of the vagina; with the report of a case. Am. J. obst. et G., 1887.
- Fakahasi.* — Untersuchungen über die Eustchung der cysten der Scheide. Deutsche med. Wchschr. Leipzig, 1888.
- Fischel.* — Casuistischer Beitrag. zur Lehre von der Scheiden-cysten. Arch. für gynak. Berlin, 1888.
- Baldy.* — Vaginal cysts. Med. et Surgery. Report. Philadelphia., 1890.
- Poupinel.* — Kyste du vagin développé dans les restes du canal de Gaertner. Bull. de la Soc. anatom. de Paris, 1889.
- Santoni.* — Contribution à l'étude des kystes du vagin, principalement au point de vue historique et anatomique. Thèse Paris, 1890.
- Heydrich.* — Zur diagnose der cystischen summen der hindersen vaginalrand, ein Fall von diverticulum recti spurium. Centralbl. f. gynak. Leipzig, 1891.

- Rutherfoord.* — Cysts of the vagina ; thei etiology, pathology and treatment. Brist. M. J. London, 1891.
- Richelot.* — Kyste du vagin. Bull. et mém. Société de chir. de Paris, 1888.
- Kümmel.* — Ueber cystische Bildungen in der vagina und im vestibulum vagina. Arch. f. path. Anat. Berlin 1888.
- Kleinwachter.* — Ein Beitrag. zu den vaginalcysten. Ztsch. f. Geburtsh. und gynak. Stuttgart, 1889.
- Curatulo* — A proposito di un caso della grossa cisti della vagina ; considerazioni sulla patogenesi delle cisti vaginale. Il Morgagni. Milano, 1889.
- Poupinel.* — Des kystes du vagin. Revue de chirurgie. Paris, 1889.
- Reboul (J.).* — Deux kystes profonds du vagin, développés aux dépens des canaux de Gaertner ; guérison. Ann. de gynéc. et d'obstét. Paris, 1889, p. 126.
- Von Pessl.* — Ueber vaginal cysten Dillingen, 1892. J. Keller, 22 p. in-8°.
- Cotrelle.* — Contribution à l'étude des kystes du vagin. Gazette médicale de Picardie. Amiens, 1891, 185 ; 1892, 200, 214, 231.
- Ruthenfoord.* — Cysts of the vagina ; their ætiology, pathology, and treatment (abstr.). Fr. obst. Soc. Lond. (1891), 1892, p. 354.
- Chalot.* — Les kystes wolffiens du vagin ; étude pathologique et clinique. Annales de gyn. et d'obstétr. Paris, 1892, p. 11-21.
- Green.* — Mucous cysts of the vagina. Boston, M. et S. J., 1894, p. 359.
- Geyl.* — Zur ætiologie der vaginalcysten. Centr. f. gynakolog. Leipzig, 1894, p. 1.091.
- Michaux.* — Kystes du vagin. Traité de chirurgie. Duplay et Reclus.
- Pozzi* — Traité de gynécologie.

